

اثربخشی روایت درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک سربار بودن در افراد با

گرایش به اعتیاد*

فاطمه جمشیددوست میانروdi^۱، حسین قمری کیوی^۲، علی شیخ‌الاسلامی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۹

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روایت درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک سربار بودن در افراد با گرایش به اعتیاد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد ۱۸-۳۵ سال با گرایش به اعتیاد در شهر اردبیل در کمپ ترک اعتیاد در سال ۱۴۰۱ بود. از میان آن‌ها ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند و به پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و پرسشنامه نیاز بین فردی پاسخ دادند. گروه آزمایش ۶ جلسه درمان روایتی دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله روایت درمانی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش ادراک سربار بودن موثر بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش اطلاعات سودمندی در رابطه با اثربخشی روایت درمانی بر گرایش به اعتیاد در افراد فراهم می‌کند و روان‌شناسان و مشاوران می‌توانند از مداخله روایت درمانی در راستای افزایش و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش ادراک سربار بودن در بازتوانی افراد با گرایش به اعتیاد استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: روایت درمانی، انعطاف‌پذیری شناختی، ادراک سربار بودن، گرایش به اعتیاد

*. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه محقق اردبیلی است.

۱. کارشناسی ارشد مشاوره توابع‌بخشی، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست الکترونیک:

h_ghamari@uma.ac.ir

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

مقدمه

نوجوانی یکی از دوره‌های رشدی بسیار مهم که با فرایند شکل‌گیری هویت، خطرجویی و خطرپذیری همراه و به شکل رفتارهای جنسی ناسالم، سیگار، الکل و سایر مواد ظاهر پیدا می‌کند (تریپ^۱، ۲۰۱۸). اعتیاد و مصرف مواد در سال‌های اخیر میان نوجوانان افزایش قابل توجهی داشته است. اولین جرقه‌های اعتیاد در کودکان و نوجوانان زمانی زده می‌شود که تجربه مصرف سیگار در ۱۹ سالگی، مصرف الکل در ۱۵ سالگی و آشنایی با مواد در ۱۱ سالگی را داشته‌اند (چانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که غالباً اعمال خطرناک از قبیل کشیدن سیگار، نوشیدن الکل، مواد و رفتارهای جنسی نامن در سن و سال‌های قبل از ۱۷ سالگی شروع می‌شوند (سلامی، حاتمی و نوری، ۱۳۹۷). مبادرت به چنین اعمالی در سن پایین، علاوه بر آسیب‌هایی که به‌سلامتی فرد وارد می‌کند؛ احتمال تداوم آسیب را تا پایان عمر افزایش می‌دهد (سلامی و همکاران، ۱۳۹۷).

همان‌گونه که استرنبرگ و مناهام^۳ (۲۰۰۷) عنوان کردند؛ به دو دلیل فشار ناشی از ارتباط با همسالان به خصوص همسالان مصرف کننده مواد، در گرایش جوانان به سمت مصرف مواد و اعتیاد به آن نقش بیشتری دارد؛ عدم وجود صمیمیت در خانواده که باعث گرایش به همسالان برای جلب حمایت و محبت می‌شود و به دلیل نداشتن شبکه‌های ارتباطی مثبت در کودکی، نوجوان توانایی مقابله مؤثر در برابر پیشنهادهای دوستان را کسب نکرده و آسیب‌پذیرتر می‌شود و رفتارهای نامناسبی از خود نشان می‌دهند. غالب فعالیت‌های شان فردی و بدون مشارکت با اعضای گروه است، گرچه ممکن است پیشرفت و موفقیت‌هایی کسب کنند ولی همواره حس بی‌کفایتی دارند و این باعث تنزل عزت‌نفس و خشم ابراز نشده می‌شود که این عوامل موجبات گرایش به اعتیاد را برای مقابله با استرس و ناراحتی فراهم می‌کند (صدری دمیرچی، رئیس درویشلو و رحیمی زرج آباد، ۱۳۹۷).

نتایج پژوهش‌ها نشان داد گرایش به سوءمصرف مواد با ترومای کودکی و نشخوار فکری رابطه مثبت و معنادار و با انعطاف‌پذیری شناختی رابطه منفی و معناداری دارد. همچنین

۲۶

26

۱۴۰۱-۱۶۰-۶۶، مجله علمی پژوهشی
Vol. 16, No. 66, مجله علمی پژوهشی

تروومای کودکی با نشخوار فکری رابطه مثبت و معنادار و با انعطاف‌پذیری رابطه منفی و معناداری دارد و انعطاف‌پذیری شناختی بین ترومای کودکی و گرایش به مصرف مواد نقش واسطه‌ای دارند (ترکمن، داوودی، نظیری و فتح، ۱۴۰۱). یکی از دلایلی که افراد به اعتیاد روی می‌آورند فرار از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (جهانگیری، گل محمدیان و حجت خواه، ۱۳۹۷).

در الواقع، انعطاف‌پذیری شناختی^۱ قابلیت تغییر پاسخ انتخابی شناختی با قصد سازش با تکانه‌های در حال تغییر پیرامون است. همچنین دستیابی به سازگاری مثبت در شرایط سخت و دشوار زندگی است (کاربونیلا و تیمانو، ۲۰۱۶؛ دنیس و وندر وال، ۲۰۱۰). براین اساس، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی و ناراحتی‌های عمومی رابطه دارد (محمودی سوران، سناگوی محارر و شیرازی، ۲۰۱۹). علاوه بر این، در مطالعات، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان میانجی مهم این تأثیرات ظاهر شد و اهمیت پرورش عوامل محافظتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را برای جلوگیری از آسیب سلامت روان، بر جسته می‌کند (پلرین، رافست، کورمن، تیزدر و دامبورن، ۲۰۲۲). افراد مصرف کننده مواد در انعطاف‌پذیری شناختی نقص دارند که زمینه‌ساز استمرار و تکرار رفتارهای آسیب‌زننده می‌شود. بنابراین به سختی می‌توانند یادگیری‌های نخستین خود را به فراموشی بسپارند؛ زیرا از انعطاف‌پذیری پایینی برخوردارند و مشکلاتی در عوض کردن خوی به مواد مخدر و گرفتن تصمیماتی که با آزادسازی تکانه قبلی مرتبط با مواد مخدر پاداش‌دهنده می‌باشد، دارند، به علاوه بر یادگیری قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد پاکشانی کرده و این عمل به سازگاری آنها با شرایط جدید آسیب می‌رساند (وردیجو-گارسیا و همکاران ۱۵؛ ۲۰۱۵)؛ به نقل از محمدی سلطان آبادی، متقدی دستنائی و کردی اردکانی، ۱۴۰۱). پژوهش صادقی و کریمی (۱۳۹۷) نشان داد افزایش انعطاف‌پذیری می‌تواند قدرت تحمل مشکلات را در معتادان افزایش داده و تلاش آن‌ها

- 1. Cognitive flexibility
- 2. Carbonella & Timpano
- 3. Dennis & Vander Wal

- 4. Pellerin, Raufaste, Corman, Teissedre & Dambrun

برای مبارزه با چالش‌ها و دستیابی به اهداف زندگی و رسیدن به زندگی امیدوارانه را افزایش دهد. احمدی و قربانی (۱۳۹۹) نشان دادند که شرم و گناه در ارتباط با افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی، رابطه منفی با رفتارهای اعتیادی دارد. همچنین انعطاف‌پذیری شناختی رابطه بین افسردگی و شرمساری و رابطه بین شرمساری و اعتیاد را به طور معناداری واسطه‌گری می‌کند.

ارتباطات فرد با همسالان در سینه نو جوانی اهمیت قابل توجهی دارد و نوجوان در این دوره از خانواده به جامعه سوق داده می‌شود. در صورتی که پدر و مادر در خصوص مسئولیت‌هایشان اهمال کاری کنند (شویکر^۱، ۲۰۱۰)، فرد خود را باری بر دوش اطرافیان و جامعه می‌دلند و به این ایده دست پیدا می‌کند که مرگ من بهتر از زنده‌بودن من برای دوستان، خانواده و جامعه است و گمان می‌کند اگر زنده نباشد شرایط زندگی دیگران بهتر خواهد بود (ون اوردن^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). افرادی که نمر^۳ پایینی در اهمیت داشتن و حمایت اجتماعی خانواده داشتند، بالاترین گرایش به اعمال مخاطره‌آمیز را گزارش کردند (کیانی چلمردی، رشید و رمضانی، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها گویای آن است که نیازهای بین فردی مثل ادراک سریار بودن با افکار خودکشی (بیترون^۴ و همکاران، ۲۰۱۶)، نشانگان افسردگی، اضطراب^۵ (سئو، ۲۰۱۹)، احساس تنها (پارک و کیم^۶، ۲۰۱۹)، استرس پس از سانحه (کاظم، لا، گرین و آنسیز^۷، ۲۰۱۵) و استرس مزمن (بیترون و همکاران، ۲۰۱۶) رابطه مثبت و با نیازهای بنیادین روان‌شناختی (پارک و کیم، ۲۰۱۹)، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و باوجود بودن (ایدس^۸، ۲۰۱۶)، معنای زندگی و دلایل خانوادگی برای زندگی (سئو، ۲۰۱۹) و ادراک مطلوبیت اجتماعی (لمیس و لستر^۹، ۲۰۱۲) رابطه منفی دارد. ادراک سریار بودن و تعلق از دست‌رفته در بعد مجزا اما مرتبط به هم بوده و با تأثیرپذیری از سایر سازه‌های روان‌شناختی، بر ناسلامتی روانی اثر می‌گذارند (بریان^{۱۰}، ۲۰۱۱).

1. Shoemaker
2. Van Orden
3. Buitron
4. anxiety
5. Seo

6. Park & Kim
7. Khazem, Law, Green & Anestis
8. Eades
9. Lamis & Lester
10. Bryan

با توجه به آنچه ذکر شد و با توجه به اینکه ۹ نفر از هر ۱۰ معتاد بزرگ‌سال، مصرف مواد را قبل از ۱۸ سالگی تجربه کرده‌اند، لذا پرداختن به موضوع اعتیاد و درمان نوجوانان دارای اهمیت بسیار است. از این رو یکی از شیوه‌های درمانی که توسط وايت و اپستون^۱ بیان گذاری شد و از درمان‌های مؤثر در زمینه اعتیاد به شمار می‌رود، روایت درمانی^۲ است. روایت درمانی یکی از روش‌های دیدگاه پست‌مدرنیسم است که بر واقعیت درون شخص متمرکز شده است. در این دیدگاه اتفاقات و روابط بین فردی شکل‌دهنده افکار و احساسات هستند (فاضل، ۲۰۱۰). پروچسکا و نورکراس روایت درمانی را ساختار زدایی روایت‌های قدیمی و خلق داستانی نو تعریف کرده‌اند (پروچسکا و نورکراس، ۱۳۹۲). وايت، روایت درمانی را به کارگیری مجموعه روش‌هایی برای درک سرگذشت اشخاص، شالوده شکنی و نوشن مجدد این روایت‌ها به واسطه شخص و با کمک درمانگران می‌داند (پین، ۱۳۹۸).

روایت درمانی بر این نظر بیان شده که اشخاص دانش خود را راجع به واقعیات از راه روایاتی که درباره خود و جهان خویشتن می‌گویند سامان می‌دهند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۴۰۰). این روایات دربردارنده توالی خاصی از رخدادهای حیات هستند، روش و علت آن را معنی می‌کنند و دربردارنده واقعیت پنداشته از اطراف، توانایی، قابلیت‌ها، کنش‌ها، رابطه‌ها و دستاوردها و سرخورده‌گی‌ها است (مورگان، ۱۳۹۹). در این دیدگاه اعتقاد بر آن است که در پس داستان‌ها واقعیتی عینی وجود ندارد و واقعیت هر شخص داستان منحصر به فرد، ذهنی و شخصی اوست. به همین دلیل است که اعتقاد داردند که مراجعین می‌توانند گذشته‌ی خود را درست مانند بازنویسی کتب تاریخی با تغییر روایت خویش از آن تغییر دهند (پروچسکا و نورکراس، ۱۳۹۲). روایت‌ها بخش مهمی از فهم خود و هویت فرد را شکل می‌دهند. به عبارتی هر شخص بر پایه روایتی که از خود نقل می‌کند هویتی را برای خویش در نظر می‌گیرد که البته تا حد زیادی متأثر از بافت اجتماعی و روایت‌های غالب جامعه است، سپس بر پایه آن به تبادلات و انتخاب‌ها

1. White& Epston
2. Narrative therapy
3. Prochaska, & Norcross

4. Payne
5. Goldenberg & Goldenberg
6. Morgan

می‌پردازد که این خود روایت‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و میان هویت و روایت، چرخه‌ای دوجانبه از اثرگذاری صورت می‌گیرد (فلاسکاس^۱، ۲۰۲۲). روایت درمانگر در پی آن است که مراجعش را مدد بخشد تا خود را از بند داستان‌های خود ناکام کننده و محدود کننده رهایی بخشد و داستان نو و کارآمدی را با در نظر گرفتن گزینه‌ها و منابع جدید خلق کند. او با الحاق به گفتگوی مراجعین و یاری زوج در ساخت شکنی روایت غالب و ظریف و پر از مشکل‌شان آن‌ها را در بازسازی معنایی که به زندگی می‌دهند و دست‌یابی به امکانات جدید همراهی می‌کند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۴۰۰). امین الرعایا، بختیاری، نعمتی و تقوی زاده (۱۳۹۸) در پژوهشی با موضوع مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روایت‌درمانی بر بهبود پریشانی‌های مرتبط با مرگ و سرسرختی روان‌شناختی در بانوان بیمار زن مبتلا به سرطان رحم به این نتیجه رسیدند که روایت‌درمانی می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر در بهبود آشتفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسرختی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان رحم به کار گرفته شود. با توجه به یافته‌های پژوهش چوب‌فروش زاده، سعیدمنش و رشیدی (۱۳۹۶) درمان روایتی به شیوه گروهی بر روی انعطاف‌پذیری شناختی دخترانی که توسط قیم مشکل‌دار یا بد، سرپرستی می‌شوند مؤثر است. درمان روایتی موجب انعطاف‌پذیری شناختی و تقویت آن توسط آگاهی‌بخشی نوجوانان درباره نقاط مثبت رویدادهای زندگی‌شان و نام‌گذاری و شناسایی مشکل و کمبودهای افراد و یروانی‌سازی مشکل می‌شود، همین عوامل باعث شده تا روایت‌درمانی، یک روش درمانی مناسب برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی باشد. همچنین بنا بر گزارش شاکری و همکاران (۲۰۲۰)، در مطالعه‌ای اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر افسردگی، کیفیت زندگی و اضطراب در افراد مبتلا به اعتیاد به آمفتامین را نشان دادند. قندهاری، موسوی، جزی، عارفی و احمدزاده (۲۰۱۸) نیز تأثیر روایت‌درمانی بر تاب آوری و انعطاف‌پذیری شناختی زنانی که به مراکز مشاوره شهرستان اصفهان مراجعه کرده بودند را مورد تایید قرار دادند. نتایج پژوهش قادری، خدادادی و عباسی (۱۳۸۹) آشکار کننده

این بود که درمان روایتی تأثیر معناداری بر مهار نمودن احساسات، غصب و عاطفه درست در دختران نوجوان دارد.

در مقایسه با مردان معتاد، زنان معتاد بسیار آسیب‌پذیرترند، زیرا که اعتیاد در زنان غالباً با ضرربات اجتماعی همچون گریز از خانه، خودفروشی و بدرفتاری همراه است (دهقانی فیروزآبادی و همکاران، ۱۳۹۳). هرچند آمار دقیقی از جمعیت زنان مصرف‌کننده مواد در کشور نیست، اما طبق تحقیقات، زنان ۹/۶ درصد از معتادان کشور را در بر می‌گیرند. آمار وزارت بهداشت نیز حاکی از ۱ زن معتاد به ازای هر ۸ مرد معتاد است و بعضی مطالعات هم از بودن ۷ زن معتاد به ازای هر ۱۰۰ مرد معتاد گزارش می‌کنند؛ از سمتی نیز طبق بیان مسئولین، اکنون در زندان کشور بیش از نصف زندانیان زن به علت مصرف مواد در زندان هستند. بنابراین با توجه به آنچه پیشتر گفته شد و به دلیل اهمیت این گروه، مطالعه حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا روایت درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک سرباری افراد با گرایش به اعتیاد مقیم کمپ تر ک اعتیاد تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده افراد با مصرف مواد بستری در کمپ ترک اعتیاد بانوان واقع در شهر اردبیل در سال ۱۴۰۱ بود. اندازه نمونه شامل ۲۴ نفر دارای مصرف مواد بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر نرم‌افزار G* با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ قدرت آزمایش ۰/۹۰ و اندازه اثر ۱/۴۲ انتخاب شدند و به روش تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: افراد حداقل به یک ماده مخدر اعتیاد داشته باشند، فرد مصرف‌کننده در هیچ برنامه درمانی دیگری تحت درمان نباشد، فرد مصرف‌کننده مواد اختلال روان‌پزشکی نداشته باشد، حداقل سن ۱۸ و حداقل آن ۳۵ سال باشد و معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ترخیص از کمپ، فرار از کمپ و عدم رضایت از ادامه فرایند مداخله. در این مطالعه،

اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اس‌پی‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۱: این پرسشنامه توسط مارتین و روین^۲ (۱۹۹۵) طراحی شده و شامل ۱۲ گویه بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۵) می‌باشد. حداقل نمره کسب شده نمره ۱۲ تا ۲۰ است که نشانگر میزان انعطاف‌پذیری شناختی در حد پایین و حداکثر آن ۶۰ است که نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بالاست. در پژوهش اسدیگی (۱۳۹۳) روایی پرسشنامه، از طریق سنجش روایی صوری و محتوایی به دست آمد. برای اطمینان از پایایی مؤلفه‌های پرسشنامه، برای یک نمونه گیری اولیه شامل ۳۰ پرسشنامه ۱۲ سؤالی ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است (اسدیگی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

۲- پرسشنامه نیاز بین فردی^۳: این پرسشنامه دارای چند نسخه (۱۸، ۱۵، ۱۲، ۱۰ و ۲۵ سؤالی) است که بر اساس تحقیقات هیل^۴ و همکاران (۲۰۱۵)، بهترین میزان اعتبار درونی را نسخه‌های ۱۰ و ۱۵ سؤالی دارند. نسخه ۱۵ سؤالی که توسط ون اوردن، کاکروویکز، وايت و جوینر جی آر^۵ (۲۰۱۲) تدوین گردید، به صورت خود گزارشی از شرکت کنندگان می‌خواهد که بهترین گرینه ممکن را متناسب با باورهایشان در مورد اینکه در حال حاضر تا چه میزانی با دیگران در ارتباط هستند (تعلق‌پذیری) و تا چه میزانی فکر می‌کنند که سربار دیگران هستند (ادراک بار بودن) را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از (۱) اصلاً در مورد من صادق نیست تا (۷) کاملاً در مورد من صادق است مشخص کنند. سؤالات ۷، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. نمره بالاتر در این مقیاس به معنی تعلق‌پذیری خنثی و ادراک بار بودن، بیشتر است. اعتبار درونی از طریق آلفای

۳۲

32

۱- دلیل پرسشنامه: نیاز بین فردی
۲- Vol. 16, No. 66, Winter 2023

1. Cognitive Flexibility Questionnaire
2. Martin & Rubin
3. INQ: Interpersonal Needs Questionnaire

4. Hill
5. Van Orden, Cukrowicz, Witte & Joiner Jr

کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی خوبی برای این مقیاس گزارش شده است (هاوکینز و همکاران^۱، ۲۰۱۴). در نمونه ایرانی نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۸۳ گزارش شده است (رشید، کیانی چلمردی، خرمدل، یگانه و زین الدینی، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱، بدست آمده است.

روش اجرا

پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه محقق اردبیلی به اداره دادگستری اردبیل جهت انتخاب آزمودنی‌ها و جمع‌آوری اطلاعات به کمپ ترک اعتیاد مراجعه شد. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه محقق اردبیلی با شناسه IR.UMA.REC.1401.031 مصوب گردیده است. در این پژوهش جهت مداخله از بسته درمان روایت درمانی استفاده شده است. این بسته توسط وايت و اپستون در سال ۱۹۹۰ طراحی شد. برای این پژوهش ۲۸ نفر از افراد معتاد به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و غیرآزمایشی (۱۲ نفر) تقسیم شدند و در هر دو مرحله پیش و پس آزمون پرسشنامه‌های نیازهای بین فردی، انعطاف‌پذیری شناختی را تکمیل کردند. افراد گروه آزمایش به مدت دو ماه در ۸ جلسه روایت درمانی ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی قرار گرفتند. خلاصه ساختار جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ساختار جلسات روایت درمانی (مشاوری و لطیفی، ۱۳۹۷)

جلسات	موضوع	محتوای جلسات
اول	مقدماتی	آشنا شدن اعضا با یکدیگر / مشخص نمودن اهداف و قوانین/تبیین مدل درمانی موردنظر/تشویق اعضا جهت شرح روایات خود
دوم	داستان زندگی	برونی سازی/بررسی روایت‌های غالب/مشخص سازی داستان اشیاع از مشکل/وارسی نفوذ مشکل بر شخص و بالعکس/چگونگی ساخت روایت‌ها
سوم	روایت‌های زندگی	دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی فرد-یافتن تجارت اوچ-دیدن داستان از منظری دیگر
چهارم	ساخت‌شکنی	نام‌گذاری مسئله/ساخت شکنی (از ضعیف کردن مشکل)/فن‌های باز معنایی به چالش کشیدن اعضا/ تعیین عوامل مثبت و مؤثر در داستان‌ها /بررسی چالش‌های بزرگ زندگی /دستیابی به داستان‌های سایه‌ای افراد
پنجم	ابتکارات	

جدول ۱: ساختار جلسات روایت‌درمانی (مشاوری و لطیفی، ۱۳۹۷)

جلسات	موضوع	محتوای جلسات
ششم	پیامدهای بی‌همتا	بررسی پیامدهای منحصر به فرد / به کارگیری عناصر جدید در روایت / بررسی اولویت‌ها / اهداف و افراد مهم زندگی / تغییر چهارچوب زندگی فرد
هفتم	بازسازی و بازگویی داستان	تکیه بر بخش‌های توانمند شخص / بررسی تعامل داستان تازه با حیات شخص / جریان بخشیدن به داستان جدید / تغییر چهارچوب زندگی فرد.
	های حیات	
هشتم	بازنویسی روایت	بررسی داستان تازه افراد / پیش‌بینی مسائل احتمالی / ویرایش نهایی داستان نو / ایفای نقش در داستان تازه زندگی خویش اجرای برنامه‌های مورد نظر.
	زندگی	

یافته‌ها

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

جمعیت شناختی	گروه آزمایش	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	گروه کنترل	درصد	فراوانی
سن								
۱۸ تا ۲۵ سال	۴	۳۳/۳	۳۳/۳	۲۵	۴	۱۰۰	۵	۴۱/۷
۲۵ تا ۳۰ سال	۵	۴۱/۷	۴۱/۷	۳	۲۵	۱۰۰	۳	۵۸/۳
۳۰ تا ۳۵ سال	۳	۲۵	۲۵	۱۲	۱۰۰	۱۲	۱۲	۱۰۰
کل								
شغل								
شاغل	۴	۶۶/۷	۶۶/۷	۴	۳	۳۳/۳	۵	۵۸/۳
بیکار	۸	۳۳/۳	۳۳/۳	۱۲	۱۰۰	۱۰۰	۷	۴۱/۷
کل								
تأهل								
مجرد	۶	۵۰	۵۰	۶	۱۰۰	۱۰۰	۵	۴۱/۷
متاهل	۴	۳۳/۳	۳۳/۳	۴	۱۰۰	۱۰۰	۱۲	۱۰۰
مطلقه	۲	۱۶/۷	۱۶/۷	۲	۱۰۰	۱۰۰	۴	۳۳/۳
کل								
ابتدایی و راهنمایی								
دیپلم	۵	۴۱/۷	۴۱/۷	۵	۱۰۰	۱۰۰	۶	۵۰
تحصیلات								
فوق دیپلم	۲	۱۶/۷	۱۶/۷	۲	۱۰۰	۱۰۰	۱	۸/۳
لیسانس و بالاتر	۲	۱۶/۷	۱۶/۷	۲	۱۰۰	۱۰۰	۱	۸/۳
کل								

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار، متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک سربار بودن به تفکیک گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک سربار بودن در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	انحراف معیار	میانگین
انعطاف‌پذیری شناختی	کنترل	۴/۷۲	۳۰/۶۷	۴/۸۶	۲۹/۷۵
آزمایش	آزمایش	۴/۷۹	۳۸/۰۱	۴/۳۶	۳۱/۰۸
ادراک سربار بودن	کنترل	۸/۲۸	۳۲/۳۳	۸/۶۷	۳۳/۰۸
آزمایش	آزمایش	۶/۳۹	۲۷/۵۸	۷/۶۴	۳۴/۸۳

براساس جدول ۳ نمره میانگین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش، در پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش و نمره میانگین متغیر ادراک سربار بودن در گروه آزمایش، در پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون‌های متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی، ادراک سربار بودن از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان می‌دهد واریانس‌های دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون در انعطاف‌پذیری شناختی ($F=۰/۳۰$ و $P=۰/۵۹۲$)، ادراک سربار بودن $F=۴/۰۹۷$ و $P=۰/۰۶۱$ در سطح جامعه باهم برابر می‌باشند ($P>۰/۰۵$). همچنین آماره شاپیرو-ویلک گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی معنادار نیست؛ بنابراین توزیع متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است ($P>۰/۰۵$). آزمون باکس فرض همگنی ماتریس-کوواریانس دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای پژوهش را تائید می‌کند ($BoxM=۴/۰۱$ ، $P=۰/۷۵۷$) و این بدان معناست که برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده در متغیرهای پژوهش در بین دو گروه کنترل و آزمایش وجود دارد. نتایج مرحله پس‌آزمون در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون پیلابی بر میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک سربار بودن

آزمون	مقدار	F آماره	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثر پیلابی	۰/۸۰	۲۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
اثر هوتلینگر	۴/۰۲	۲۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۰۲	۲۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون وجود داشت و ۸۰ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع میانگین	درجه آزادی	F معناداری آزمون	توان
گروه	انعطاف‌پذیری شناختی	۱۶۴/۱۲	۱	۲۲/۰۷	۰/۰۰۱
	ادراک سربار بودن	۱۷۴/۶۹	۱	۳۶/۱۱	۰/۰۰۱
خطا	انعطاف‌پذیری شناختی	۱۴۱/۳۲	۱۹	۷/۴۴	۰/۵۳۷
	ادراک سربار بودن	۹۱/۹۱	۱۹	۴/۸۴	۰/۶۵۵

۳۶
36

۱۴۰۱، پیامبر؛ مجموعه پژوهشی، Vol. 16، No. 66، Winter 2023

با توجه به نتایج جدول ۵، پس از تعديل نمرات پیش آزمون، تفاوت معناداری از نظر میزان متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی ($P<0/۰۱$) ($F=۲۲/۰۷$) و ادراک سربار بودن ($P<0/۰۱$) ($F=۳۶/۱۱$)، بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد. به عبارت دیگر، روایت درمانی میزان انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مورد مطالعه در گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل افزایش و میزان ادراک سربار بودن را کاهش داده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی برای انعطاف‌پذیری شناختی برابر $۷/۵۳$ و برای ادراک سربار بودن $۰/۶۵۵$ است؛ یعنی $۷/۵۳$ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس آزمون انعطاف‌پذیری شناختی و $۰/۶۵۵$ درصد تفاوت‌ها در نمرات پس آزمون ادراک سربار بودن مربوط به روایت درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و ادراک سربرار بودن در افراد با گرایش به اعتیاد بود. اولین یافته پژوهش نشان داد روایت‌درمانی، انعطاف‌پذیری شناختی را در افراد با گرایش به اعتیاد بهبود می‌بخشد و دومین یافته پژوهش نشان داد روایت‌درمانی، ادراک سربرار بودن را در افراد با گرایش به اعتیاد کاهش می‌دهد. نتیجه پژوهش حاضر همسو با یافته‌های چوب‌فروش زاده و همکاران (۱۳۹۷) و فلاخ زاده (۲۰۱۷) است که این مطالعات نشان‌دهنده تأثیر مداخله روایت‌درمانی بر نگرش ناکارآمد و کاهش افسردگی دانش‌آموزان دختر می‌باشد.

در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان این گونه بیان کرد که انعطاف‌پذیری شناختی دستیابی به سازگاری مثبت و وفق در شرایط سخت و استرس‌زا زندگی و همچنین حفظ توانمندی سازگاری می‌باشد (کاربونیلا و تیمینو، ۲۰۱۶). افرادی که دارای انعطاف‌پذیری شناختی بوده زمانی که در شرایط ناگوار مانند از دست دادن والدین، بیماری خود یا اعضای خانواده، بدرفتاری، خشونت و ناکامی‌های زندگی قرار می‌گیرند، به جای انتخاب مسیرهای اشتباه جهت تخلیه تنفس مانند اعتیاد و مصرف مواد یا رفتارهای پر خطر دیگر با سازماندهی مجدد سیستم شناختی خود با مسئله پیش‌رو سازگار شده و تصمیمات درستی اتخاذ می‌کنند و در این صورت انعطاف‌پذیری شناختی آنها روزبه‌روز بیشتر می‌شود. به دیگر سخن روشن است افرادی که در انعطاف‌پذیری شناختی از نمرات بالا یا متوسطی برخوردارند زمانی که در وضعیتی وخیم و خطرزا قرار می‌گیرند، از آنجاکه توانایی تغییر در شیوه فکر کردن، عمل کردن به منظور پردازش و پاسخگویی به یک موقعیت سخت و دشوار را دارا می‌باشند، کمتر دچار آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌شوند (لی و اورسیلا، ۲۰۱۴، رودس و روزال، ۲۰۱۷) و در نتیجه گرایش به اعتیاد و مصرف مواد ندارند یا حداقل کمتر به سمت این گونه عوامل کشیده می‌شوند. افرادی که از انعطاف بالایی برخوردارند نه تنها در سازگاری با شرایط ناگوار موفق‌تر عمل می‌کنند بلکه از اعتماد به نفس، خودکارآمدی و خود پنداره بالایی نیز برخوردارند و ترس، نگرانی و

استرس ادراک‌شده کمتری را تجربه می‌کنند (هوبرت^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). افراد منعطف شناختی در حل مسئله مهارت دارند و بر این باورند برای هر مشکلی راه حلی وجود دارد، کنجدکاو هستند و اگر عقیده‌ای غیرمنطقی باشد پس از بررسی عقاید، عادت‌های قدیمی خود را جایگزین می‌کنند، کفایت هیجانی دارند یعنی در برابر شرایط بحرانی خشم و عصباًیت خود را کنترل می‌کنند و تصمیمات ناگهانی نمی‌گیرند و افراد مستقلی هستند و فشار اجتماعی و همسالان آنان را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. خوش‌بین هستند و جنبه‌های مثبت اتفاقات را در نظر می‌گیرند، مسئولیت‌پذیر بوده و تصمیمات اشتباه خود را علت رفتار دیگران نمی‌دانند و اسیر تجربیات در دنک خود نمی‌شوند و نگاهشان به سمت آینده است. روایت‌درمانی با بسط دادن دیدگاه و چشم‌انداز آزمودنی‌ها به مسائل و محیط، موجب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی شده و به افراد کمک می‌کند تا مشکلات را از نقطه‌نظرهای مختلف بینند و نکات مثبت و منفی مسائل را با هم در نظر بگیرند و خودشان را با شرایط محیطی تطبیق دهند. این رویکرد توسط آگاهی دادن به افراد درباره نقاط مثبت داستان‌های زندگی‌شان، توانست انعطاف‌پذیری شناختی را در داستان‌های شخصی آن‌ها یافته و تقویت کند، نام‌گذاری مجدد مسئله و بیرونی‌سازی آن باعث شده تا روایت‌درمانی رویکردی مناسب برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی باشد (چوبفروش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷).

درمان روایتی بهوسیله آگاهی بخشنی اشخاص معتاد در خصوص نقاط مثبت خاطرات زندگی‌شان، توانست انعطاف‌پذیری شناختی را در داستان‌های شخصی آنان بیابد و تقویت کند. نام‌گذاری و شناسایی مشکل و فقدان‌های اشخاص و جدا در نظر گرفتن مشکلات از درون افراد (بیرونی‌سازی مشکل) منجر شده تا روایت‌درمانی، یک روش درمانی مناسب برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی افراد معتاد باشد. همچنین از علل افزایش یافتن توانایی‌های نام برده در افراد معتاد، به عضویت در آوردن مجدد اشخاص مهم و تأثیرگذار زندگی و ساختاریندی و شکل دادن دوباره روایت‌های شخصی به صورت مثبت یا خشی

است که جزو مقاصد و شیوه درمان روایتی است و همگی گواهی بر مؤثر بودن این طرح درمانی روی انعطاف‌پذیری شناختی در افراد معتاد است.

هدف اصلی روایت‌درمانی ترویج عاملیت شخصی، توانمندسازی و تأمل از سوی مراجع است که همه این‌ها از طریق قاب‌بندی گذشته به عنوان بخشی از «داستان شخصی» افراد امکان‌پذیر می‌شود. هر فرد در طول زندگی خود به عنوان قهرمان داستان خود عمل می‌کند. این بدان معنی است که بسیاری از رویدادها که در زندگی آن‌ها رخ می‌دهد، دیدگاه آینده آن‌ها را در مورد زندگی، انتخاب‌ها و رفتارها شکل می‌دهد. روایت‌درمانی بر روی بررسی چنین مواردی از رویدادهای تأثیرگذار زندگی و استخراج معنای مثبت از آن‌ها کار می‌کند. در حالی که نمی‌توان انتظار داشت که تمام تاریخچه شخصی افراد برای او مثبت یا مفید باشد، روایت‌درمانی می‌تواند به متخصصان کمک کند تا تأثیر لحظات منفی را کمتر حس کنند یا به طور کلی معنای بیشتری از آن‌ها فرموله کنند. این رویکرد به مراجع اجازه می‌دهد تا مسئولیت روایت‌های خود را بر عهده بگیرد. در عمل، چنین احساسی به این معنی است که آن‌ها می‌توانند به طور مؤثری مسئولیت زندگی خود را به عهده گیرند، کمتر تحت تأثیر محدودیت‌های گذشته خود قرار می‌گیرند و به سمت زندگی شاد معطوف می‌شوند. این روش به ویژه در برخورد با تروما، یا هر نوع رویداد دیگری که تأثیر عمیقی بر آن‌ها داشته است، کارآمد است. این می‌تواند به این معنی باشد که فرد می‌تواند دیدگاه خود را در مورد زندگی، رفتار و امکانات آینده تغییر دهد. به علاوه، نظریه روایت می‌تواند در چارچوب اجتماعی بزرگ‌تر، به مردم توضیحی درباره دلایل اتفاقاتی که برایشان اتفاق افتاده است ارائه دهد. درون‌نگری، تأمل و تحلیل مداوم به عنوان راهی برای مقابله با گذشته عمل می‌کند.

افرادی که عزت‌نفس پایینی دارند و ادراک سربار بودن بالایی دارند احساس می‌کنند بی‌ارزش و سربار دیگران هستند، همچنین افرادی که از افسردگی رنج می‌برند ممکن است احساس سربار بودن کنند؛ البته نیازی نیست شخص حتماً اختلالی داشته باشد تا حس سربار بودن کند بلکه برخورد با یک مشکل سلامتی که باعث شود به دیگران تکیه کند موجب ادراک سرباری می‌شود. موارد خطر قابل مشاهده از خود منزجر شدن شامل موارد

زیر است: ۱-آشفتگی ناشی از بیماری جسمی، ۲-آشفتگی از بیکاری ۳-آشفتگی از زندانی بودن، ۴-پریشانی از بی‌خانه‌مانی ۵-صرفی و ناخواسته بودن ۶-خواسته نشدن و اینکه شخص باری بر شانه خانواده است، از طرفی دیگر از خود بیزاری شامل سه عامل خطر مشخص دیگر است که از این قبیل‌اند: ۱-عزت نفس پایین ۲-از خود بیزاری و سرزنش خویش ۳-بی‌قراری (ون اوردن و همکاران، ۲۰۱۰). از خود بیزاری به عنوان "حالتی تعریف می‌شود که خصیصه اساسی آن این تفکر است که "من از خودم متفرقم" یا "من بی‌ارزش و بی‌صرفم". مدیون بودن عقیده‌ای است که شخص در مقایسه‌ی خویش با دیگران بهشدت احساس کاستی دارد. این متغیر با این افکار تعیین می‌شود که "من با وجودم در اطراف دیگران کارها را خراب می‌کنم" یا "من باعث می‌شوم که اتفاقات بدی رخ بدهد" (ون اوردن و همکاران، ۲۰۱۰).

در ادراک سربار بودن، شخص حس بی‌اهمیتی کرده و می‌پنداشد که باری بر روی شانه دیگران است و هیچ کس نمی‌تواند بر او تکیه کند. ضمناً، وقتی فرد احساس اهمیت نکند، ممکن است تعلق‌پذیری پایینی داشته که این منجر به ازوای اجتماعی می‌شود. رشیدی، خرم‌دل، غلامی و صنوبر (۲۰۱۶) و برون^۱ و همکاران (۲۰۰۹) اظهار داشته‌اند که حمایت و اهمیت داشتن و داشتن رابطه‌ی رمانتیک می‌تواند مانعی در برابر ادراک سربار بودن باشد. به میزانی که فرد احساس کند که وجودش اهمیتی ندارد، احساس گسست و عدم تعلق خواهد کرد. این حس بی‌اهمیتی می‌تواند منجر به بی‌معنایی وجودی و ازوای اجتماعی برای بعضی از افراد شود؛ اما برای بعضی دیگر از افراد ممکن است باعث به چالش کشیدن بینان وجودی آن‌ها و درگیر شدن آن‌ها در رفتارهای خود تخریبی چون اعتیاد و خود جرحی شود. در مقابل، آن‌هایی که حس هدف و معنی برای زندگی خود را ادراک می‌کنند، به احتمال بیشتری در چشم افراد مهم زندگی خود احساس مهم بودن می‌کنند (کیانی چلمردی، جمشیدیان و رشید، ۱۳۹۷). بعضی از عارضه‌های مصرف مواد ناشی از ادراک سربار بودن است که درنتیجه‌ی ناتوانی در انجام مسئولیت و بعلاوه مشکلات قانونی، اجتماعی، جسمانی و روانی به وجود می‌آید. ادراک سربار بودن شامل تنفر از

خود و احساس مديون بودن است. کاهش تنفس از خود تعامل مستقیمی با کاهش دفعات مصرف مواد مخدر دارد. به علاوه کاهش علائم تنفس از خویش که در بردارنده احساسات منفی نسبت به خویش می‌باشد با به تعویق انداختن مصرف مواد مخدر ارتباط دارد (بصیر امیر، قمری و کیانی، ۱۳۹۸). روایت درمانی با بازگو کردن مجدد داستان‌های زندگی شخص دارای اعتیاد و پردازش مجدد اتفاقات و توانمندی‌ها و ارزشمندی شخص، عزت نفس را بالا برده و روابط بین فردی را تقویت و حس بهتری نسبت به اطرافیان و حداقل یک رابطه رضایت‌بخش با دیگران ایجاد می‌کند؛ لذا میزان ادراک سرباری را پایین آورده و باعث بهبود شرایط روند ترک ماده مخدر می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد کم نمونه‌های در دسترس، استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی، عدم کنترل متغیرهای مزاحم، ترجیح تعدادی از آزمودنی‌ها در اواسط فرایند درمان، فردی بودن جلسات به علت عدم اعتماد آزمودنی‌ها به هم اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در آینده حجم نمونه بیشتر و پیگیری‌های ماهانه جهت اثربخشی طولانی‌مدت روایت درمانی انجام بگیرد.

منابع

- احمدی، عزت الله و قربانی، فاطمه (۱۳۹۹). رابطه افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی با رفتارهای اعتیادی با واسطه‌گری شرم و گاه. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۲۷۹-۲۹۷.
- اسدیگی، عبدالرضا (۱۳۹۳). تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی بر مقاومت در برابر تغییر سازمانی تحت تأثیر رفتار شهریوندی سازمانی در شرکت گاز استان تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- امین الرعایا، رضوان؛ بختیاری، فاطمه؛ نعمتی، علی و تقوی زاده، ابراهیم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روایت درمانی بر بهبود آشفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسرختی روان‌شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان رحم. *پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۴(۲)، ۴۳-۶۵.

بصیر امیر، محمد؛ قمری، حسین و کیانی، احمد رضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق پذیری خشی و ادراک سربار بودن افراد معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۲۶۸-۲۵۳.

پروچسکا، جیمز و نور کراس، جان (۱۳۹۲). نظریه های روان درمانی (نظام های روان درمانی): تحلیل میان نظری. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

پین، مارتین (۱۳۹۸). روایت درمانی جهت آشنایی متخصصان مشاوره و روان درمانی. ترجمه مریم اسماعیلی نسب و حلیمه پناهی. تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۶).

ترکمن، مهدیس؛ داوودی، اعظم؛ نظری، قاسم و فتح، نجمه (۱۴۰۱). رابطه بین ترومای کودکی با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر با توجه به نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی و نشخوار فکری در افراد با اختلال استرس پس از سانحه. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناسی*، ۱۷(۶۸)، ۱۰-۱.

جهانگیری، میلاد؛ گل محمدیان، محسن و حجت خواه، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و انعطاف پذیری روان شناختی در معتادان تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۸۴-۱۶۹.

چوب فروش زاده، آزاده؛ سعیدمنش، محسن و رشیدی، محدثه سادات (۱۳۹۷). اثربخشی روایت درمانی گروهی بر انعطاف پذیری شناختی دختران نوجوان بدسرپرست مراکز بهزیستی مشهد. *مجله مطالعات تاثر انسانی*، ۸(۷۶)، ۸-۱.

دهقانی فیروز آبادی، سمیره؛ قاسمی، حامد؛ منتظر هدش، رویا؛ فاتحی زاده، مریم؛ ذوالفقاری، سلاله و ابراهیمی، علی اکبر (۱۳۹۳). اثربخشی مصاحبه انگیزشی (مدل MI) بر پیش‌بینی عود زنان وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۹)، ۶۰-۴۵.

رشید، سجاد؛ کیانی چلمردی، احمد رضا؛ خرمدل، کاظم؛ یگانه، نرگس و زین الدینی، سعید (۱۳۹۶). رابطه اضطراب مرگ، اهمیت داشتن، تعلق پذیری خشی و احساس بار بودن با خودکشی در دانشجویان. *نشریه ایرانی مراقبت اورژانس*، ۱۱(۱)، ۴۲-۳۲.

سلامی، فروزش؛ حاتمی، حمید رضا و نوری، ریا به (۱۳۹۷). الگوی ساختاری گرایش به مصرف مواد در نوجوانان بر مبنای فضای روانشناسی خانواده و پیشینه اعتیاد اعضای خانواده با میانجیگری گروه همسالان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی*، ۲(۴۶)، ۲۶۵-۲۸۴.

صادقی، مسعود و کریمی، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله سرمایه روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری افراد معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۸۳-۱۰۲.

صدری دمیرچی، اسماعیل؛ رئیس قره درویشلو، سجاد و رحیمی زرج آباد، نقی (۱۳۹۷). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های دلبستگی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در جوانان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۱۱۳-۱۳۰.

قادری، زهرا؛ خدادادی، زهرا و عباسی، زهرا (۱۳۸۹). اثربخشی روایت درمانی بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر شیراز. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱(۳)، ۲۵-۴۰.

کیانی چلمردی، احمد رضا؛ جمشیدیان، یاسمن و رشید، سجاد (۱۳۹۷). تحلیل نقش میانجی مدل بین فردی خودکشی (ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری ختنی) در رابطه بین اهمیت داشتن و خودکشی. *اندیشه و رفتار*، ۱۲(۴۷)، ۱۴۳-۱۲۵.

کیانی چلمردی، احمد رضا؛ رشید، سجاد و رمضانی، شکوفه (۱۳۹۸). اعتباریابی مدل یکپارچه انگیزشی ارادی خودکشی در بین دانشجویان: مدل ساختاری. *مجله روانپژوهشی و روانشناسی پالینی ایران*، ۲۵(۲)، ۱۹۴-۲۰۹.

گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ هربرت (۱۴۰۰). *خانواده درمانی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: پخش رسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).

محمدی سلطان‌آبادی، آرزو؛ متغیر دستنائی، شکوفه و کردی اردکانی، احسان (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۳۳۴-۳۰۹.

مشاوری، مریم و لطیفی، زهرا (۱۳۹۷). اثربخشی روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت‌های مقابله با استرس همسران معتاد تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۱۸-۱۰۳.

مورگان، آلیس (۱۳۹۹). پیش‌درآمدی بر روایت درمانی. ترجمه گیتا پیربادیان و پیمان آب‌حضر. تهران: نشر شورآفرین. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

References

- Brown, R. M., Brown, S. L., Johnson, A., Olsen, B., Melver, K., & Sullivan, M. (2009). Empirical support for an evolutionary model of self-destructive motivation. *Suicide and life-threatening behavior*, 39(1), 1-12.

- Bryan, C. J. (2011). the clinical utility of a brief measure of perceived burdensomeness and thwarted belongingness for the detection of suicidal military personnel. *Journal of clinical psychology*, 67(10), 981 -992.
- Buitron, V., Hill, R. M., Pettit, J. W., Green, K. L., Hatkevich, C., & Sharp, C. (2016). Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others. *Journal of affective disorders*, 190, 143-149.
- Carbonella, J. Y., & Timpano, K. R. (2016). Examining the link between hoarding symptoms and cognitive flexibility deficits. *Journal of behavior therapy*, 47(2), 262-273.
- Chuang, C. W. I., Sussman, S., Stone, M. D., Pang, R. D., Chou, C. P., Leventhal, A. M., & Kirkpatrick, M. G. (2017). Impulsivity and history of behavioral addictions are associated with drug use in adolescents. *Addictive behaviors*, 74, 41-47.
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34(3), 241-253.
- Eades A. (2016). *Suicide among older adults: An exploration of the effects of personality and self-esteem on thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and suicidal ideation*. Doctoral dissertation, University of Colorado, Colorado Springs.
- Fallahzadeh, M. (2017). The effect of cognitive errors avoidance through narrative therapy on depression and dysfunctional attitude of elementary girl students. *International journal of children and adolescents*, 3(4), 1-8.
- Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*, 30(8), 1030-1039.
- Flaskas, C. (2022). *Family therapy beyond postmodernism: Practice challenges theory*. New York: Taylor & Francis Inc.
- Ghandehari, M., Moosavi, L., Jazi, F. R., Arefi, M., & Ahmadzadeh, S. (2018). The effect of narrative therapy on resiliency of women who have referred to counseling centers in Isfahan. *International journal of educational and psychological researches*, 4(2), 65-80.
- Hawkins, K. A., Hames, J. L., Ribeiro, J. D., Silva, C., Joiner, T. E., & Cougle, J. R. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Journal of psychiatric research*, 50, 59-65.
- Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., & Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and life-threatening behavior*, 45(3), 302-314.
- Robert, M. A., Meyer, S. I., Hasmann, S. E., Metzger, F. G., Suenkel, U., Eschweiler, G. W., & Maetzler, W. (2017). Gait is associated with

- cognitive flexibility: a dual-tasking study in healthy older people. *Frontiers in aging neuroscience*, 9, 154-162.
- Khazem, L. R., Law, K. C., Green, B. A., & Anestis, M. D. (2015). Examining the relationship between coping strategies and suicidal desire in a sample of United States military personnel. *Comprehensive psychiatry*, 57, 2-9.
- Lamis, D. A., & Lester, D. (2012). Risk factors for suicidal ideation among African American and European American college women. *Psychology of women quarterly*, 36(3), 337-349.
- Lee, J. K., & Orsillo, S. M. (2014). Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of behavior therapy*, 45(1), 208-216.
- Mahmoudi Souran, H., Sanagouyemoharer, G. R., & Shirazi, M. (2019). Acceptance and commitment therapy improves psychological flexibility of students with thalassemia major: a randomized controlled trial. *Practice in clinical psychology*, 7(2), 107-116.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological reports*, 76(2), 623-626.
- Park, Y., & Kim, H. S. (2019). Validation of the Korean version interpersonal needs questionnaire. *Suicide and life-threatening behavior*, 49(3), 739-758.
- Pellerin, N., Raufaste, E., Cormier, M., Teissedre, F., & Dambrun, M. (2022). Psychological resources and flexibility predict resilient mental health trajectories during the French covid-19 lockdown. *Scientific reports*, 12(1), 1-16.
- Rashid, S., Khorramdel, K., Gholami, F., & Senobar, L. (2016). The relationship between interpersonal psychological theory of suicide constructs (loneliness, perceived social support, thwarted belongingness and burdensomeness) and suicidal behavior among Iranian students. *Health education and health promotion*, 4(2), 35-48.
- Rhodes, A., & Rozell, T. (2017). Cognitive flexibility and undergraduate physiology students: increasing advanced knowledge acquisition within an ill-structured domain. *Advances physiology education*, (41), 375-382.
- Seo, J. W. (2019). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness in Korean college students: Psychometric properties and cultural considerations for the interpersonal needs Questionnaire-10. *Death studies*, 44(5), 261-269.
- Shakeri, J., Ahmadi, S. M., Maleki, F., Hesami, M. R., Moghadam, A. P., Ahmadzade, A., & Elahi, A. (2020). Effectiveness of group narrative therapy on depression, quality of life, and anxiety in people with amphetamine addiction: a randomized clinical trial. *Iranian journal of medical sciences*, 45(2), 91-100.

- Shoemaker, D. J. (2010). *Theories of delinquency: an examination of explanations of delinquent behavior*, 6th Ed. New York: Oxford University Press.
- Steinberg, L., & Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental psychology*, 43(6), 15-31.
- Tripp, M. K. (2018). Tanning addiction in adolescents: directions for measurement and intervention development. *Journal of investigative dermatology*, 138(7), 1463-1467.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological assessment*, 24(1), 197-210.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-586.